OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

CRO: 31184/RJ Cirurgião Dentista: (16260) - ALEXANDRE BERCOT FERNANDES

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
336808 - I	ARILDO DOS SANTOS (00370000030064255)		09/07/2020	174	0.3	R$ 52,20
342779 - I	CRISTIANE DIELLO GRANVILLE (00379994060203150)		21/07/2020	174	0.3	R$ 52,20
346237 - I	PATRICIA WEIGERT DE CAMARGO (00370000006917057)		27/07/2020	235	0.3	R$ 70,50
350374 - I	PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH (00379994064299365)		03/08/2020	122	0.3	R$ 36,60
350666 - I	JOSE TORQUATO (00373195013147007)		04/08/2020	174	0.3	R$ 52,20
360524 - I	DEBORA MARIA DE JESUS SANTOS F (00379994064553237)		20/08/2020	174	0.3	R$ 52,20
363329 - I	THIAGO SALGADO GONCALVES (00370000029475310)		25/08/2020	244	0.3	R$ 73,20
371151 - I	RENAN DUNCAN LAGO (00379994060921606)		08/09/2020	174	0.3	R$ 52,20
371154 - I	CARLOS SERGIO CALDAS LAGO (00379994060921592)		08/09/2020	174	0.3	R$ 52,20
372878 - I	CARLOS SERGIO CALDAS LAGO (00379994060921592)		10/09/2020	366	0.3	R$ 109,80
373315 - I	JOSEFA XAVIER BARBOSA (00370000018222482)		10/09/2020	174	0.3	R$ 52,20
374575 - I	YURI SILVA JAIMOVICH (00379994065872328)		14/09/2020	174	0.3	R$ 52,20
375139 - I	ARLLYN LUANDREW FARIAS DE MELL (00379994065571891)		14/09/2020	174	0.3	R$ 52,20
375626 - I	MARCELA RIBEIRO CASARIN (00370000012964452)		15/09/2020	174	0.3	R$ 52,20
376880 - I	MARCELA RIBEIRO CASARIN (00370000012964452)		16/09/2020	122	0.3	R$ 36,60
379921 - I	JOSEFA XAVIER BARBOSA (00370000018222482)		21/09/2020	427	0.3	R$ 128,10
383359 - I	ANA PAULA DE LIMA ROCHA (00379994062052010)		25/09/2020	174	0.3	R$ 52,20
387092 - I	ARLLYN LUANDREW FARIAS DE MELL (00379994065571891)		30/09/2020	1342	0.3	R$ 402,60
388751 - I	CINTIA SOARES MATIAS (00370000032113423)		02/10/2020	174	0.3	R$ 52,20
389654 - I	JOSE TORQUATO (00373195013147007)		05/10/2020	34	0.3	R$ 10,20
392332 - I	YURI SILVA JAIMOVICH (00379994065872328)		08/10/2020	352	0.3	R$ 105,60
396477 - I	CLAUDIO DE ARAUJO CAMARA (00370000029935981)		15/10/2020	174	0.3	R$ 52,20
396481 - I	MARLENE MARIA DE ARAUJO CAMARA (00370000029935965)		15/10/2020	174	0.3	R$ 52,20
400199 - I	CLAUDIO DE ARAUJO CAMARA (00370000029935981)		20/10/2020	174	0.3	R$ 52,20

Totalizador por Operadora

N° de USOs:	5854
N° de atendimentos:	24
Valor:	R$ 1.756,20

Totalizador

N° de USOs:	5854
N° de atendimentos:	24
Valor:	R$ 1.756,20

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Odontolife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336808

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/20	09/07/20	CONCLUÍDO	50175487	07/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000364255	POS REDE PRESTADORA	IBBCA CRP 25760	/ /	700006029461804

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARILDO DOS SANTOS 15/11/1944	( ) -	HELIA PORTELA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05500809709	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/08/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
09/07/20	09/07/20	09/07/20	09/07/20

Odontolife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 342779
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	6-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/20	21/07/20	CONCLUÍDO	50177903	19/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
03799940602031500	POS REDE PRESTADORA	GERALDO ORLANDO PE	/ /	703002880802074

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CRISTIANE DIELLO GRANVILLE 27/12/1978	( ) -	GERALDO ORLANDO PEREIRA DE AGU

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05500809709	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/08/20		
2		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
3		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
4		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
5		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	/ / Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	/ /	/ / Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 346237
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/07/20	27/07/20	AUTORIZADO	50179210	25/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000069170577	POS REDE PRESTADORA	ASMETROSN	/ /	708605024357781

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PATRICIA WEIGERT DE CAMARGO 22/03/1977	( ) -	PATRICIA WEIGERT DE CAMARGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05508097099	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	235,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo o Operador a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	/ /	/ /	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 350374
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/08/20	03/08/20	AUTORIZADO	50181235	01/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
003799940642993651	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	708102513247735

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH 12/01/1982	( ) -	PATRICK DA COSTA MOREIRA BALTH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05508097019	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	8510218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	MOV	1	122,00	0,00		S	/ /		
2 -											/ /		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	0,00	,

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	/ /	/ /	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 350666
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/08/20	04/08/20	AUTORIZADO	50181332	02/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00373195013147007	POS REDE PRESTADORA	QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	/ /	702002862047083

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSE TORQUATO 05/10/1953	( ) -	JOSE TORQUATO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05508097091	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000309	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			
5	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	/ / Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	/ /	/ / Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

36052
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/08/20	20/08/20	AUTORIZADO	50185484	18/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994064553237	POS REDE PRESTADORA	EMPRESA BRASILEIRA	/ /	706001837628347

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DEBORA MARIA DE JESUS SANTOS F 20/04/1974	( ) -	DEBORA MARIA DE JESUS SANTOS F

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05500809709	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assi
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	/ /		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participaçã
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	,

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos p contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento referentes ao tratamento realizado, ciente de atendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	/ /	/ /	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

363329
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/08/20	25/08/20	AUTORIZADO	50186484	23/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370009029475310	POS REDE PRESTADORA	01 ADMINISTRACAO	/ /	707006873862535

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THIAGO SALGADO GONCALVES 01/10/1986	( ) -	THIAGO SALGADO GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05508097097	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(i) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OMV	1	122,00	0,00		S	/ /		
2	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
3	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15							1				/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	244,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) na presença do(a) Cirurgião-Dentista e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
31/08/20	31/08/20	/ /	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 371151
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/09/20	08/09/20	AUTORIZADO	50189719	07/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0037999406092160 6	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	898004861899704

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RENAN DUNCAN LAGO 07/12/2001	( ) -	CARLOS SERGIO CALDAS LAGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0550080970 9	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		RDD
2 -	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		RDD
3 -	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		RDD
4 -	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		RDD
5 -	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		RDD
6 -							,	,	,		/ /		
7 -							,	,	,		/ /		
8 -							,	,	,		/ /		
9 -							,	,	,		/ /		
10							,	,	,		/ /		
11							,	,	,		/ /		
12							,	,	,		/ /		
13							,	,	,		/ /		
14							,	,	,		/ /		
15							,	,	,		/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	,

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
08/09/20	08/09/20 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	/ / RDD	08/09/20 Dr. Alexandre Bercot Cirurgião - Dentista CRO-RJ 3118

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

371154
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/09/20	08/09/20	AUTORIZADO	50189722	07/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994060921592	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	705001836453251

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CARLOS SERGIO CALDAS LAGO 11/07/1960	( ) -	CARLOS SERGIO CALDAS LAGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05508097091	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2 -	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			
3 -	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			
4 -	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			
5 -	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
08/09/20	08/09/20 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	08/09/20	08/09/20 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

372878
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/09/20	10/09/20	AUTORIZADO	50190437	09/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
003799940609215922	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	705001836453251

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CARLOS SERGIO CALDAS LAGO 11/07/1960	( ) -	CARLOS SERGIO CALDAS LAGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05500809709	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOV	1	122,00	0,00	0,00	S	/ /		
2-	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00	0,00	S	/ /		
3-	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	0,00	S	/ /		
4-	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00	0,00	S	/ /		
5-	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00	0,00	S	/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	366,00	0,00	,

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/09/20	10/09/20 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	10/09/20	10/09/20

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 373315
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/09/20	10/09/20	AUTORIZADO	50190586	09/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0037000001822248 2	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	703407486899200

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSEFA XAVIER BARBOSA 10/01/1955	( ) -	JOSEFA XAVIER BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05500809709	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

Dr. Alexandre Bercot Fernande
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/09/20	10/09/20	10/09/20	10/09/20

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 374575
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/09/20	14/09/20	AUTORIZADO	50191066	13/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994065858723281	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	704202227280587

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
YURI SILVA JAIMOVICH 22/07/1989	( ) -	YURI SILVA JAIMOVICH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05500809709	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S			
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S			
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S			
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S			
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S			
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	,

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Original	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	/ / Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	/ /	/ / Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

375139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/09/20	14/09/20	AUTORIZADO	50191288	13/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
003799940655718911	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	704506162896520

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARLLYN LUANDREW FARIAS DE MELL 16/04/1993	( ) -	ARLLYN LUANDREW FARIAS DE MELL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
055008097091	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	/ /		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	,

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/09/20	14/09/20	16/09/20	14/09/20

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 375626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/09/20	15/09/20	AUTORIZADO	50191465	14/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0037000012964452	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	706003359850940

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCELA RIBEIRO CASARIN 20/05/1986	( ) -	MARCELA RIBEIRO CASARIN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05500809709	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	/ /		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	,

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/09/20	15/09/20	15/09/20	15/09/20

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 379921
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/09/20	21/09/20	AUTORIZADO	50193149	20/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0037000001822248 2	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	703407486899200

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSEFA XAVIER BARBOSA 10/01/1955	( ) -	JOSEFA XAVIER BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05508097 09	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226
(I) 85100226

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
2 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
3 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
4 -	00	85102226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VIDP	1	122,00	0,00		S	/ /		
5 -	00	85102226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VIMP	1	122,00	0,00		S	/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	427,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/09/20	21/09/20	21/09/20	21/09/20

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

383359
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/09/20	25/09/20	AUTORIZADO	50194448	24/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994062052010	POS REDE PRESTADORA	IGREJA INTERNACION	/ /	704301571881098

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA PAULA DE LIMA ROCHA 19/03/1975	( ) -	NEWTON SOUSA DA ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05508097091	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
2-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		
3-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		
4-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		
5-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/09/20 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	30/09/20 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184	30/09/20	30/09/20 Dr. Alexandre Bercot Fernandes Cirurgião - Dentista CRO-RJ 31184

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 388751

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/10/20	02/10/20	AUTORIZADO	50196584	31/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000321134223	POS REDE PRESTADORA	CRASE S EMPREENDIMENTOS	/ /	898004828548558

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CINTIA SOARES MATIAS 15/03/1988	( ) -	CINTIA SOARES MATIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05508097091	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			Cintia
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			Cintia
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			Cintia
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			Cintia
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			Cintia
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	/ /	/ / Cintia Soares Matias	/ /

OdontoLife
franquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

392332
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/10/20	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	392332	06/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994065872328	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	704202227280587

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
YURI SILVA JAIMOVICH 22/07/1989	( ) -	YURI SILVA JAIMOVICH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05500809709	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

(I) 85100200
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OV	1	88,00	0,00		N	/ /		
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	VO	1	88,00	0,00		N	/ /		
3	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		N	/ /		
4	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	88,00	0,00		N	/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	352,00	0,00	,

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
08/10/20	08/10/20	08/10/20	08/10/20

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

396477
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/10/20	15/10/20	AUTORIZADO	50199128	13/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000029981	POS REDE PRESTADORA	MARLENE MARIA DE A	/ /	700802459025189

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDIO DE ARAUJO CAMARA 27/07/1981	( ) -	MARLENE MARIA DE ARAUJO CAMARA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05500809709	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de minha satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/10/20	15/10/20	15/10/20	15/10/20

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

396481
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/10/20	15/10/20	AUTORIZADO	50199130	13/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000029935965	POS REDE PRESTADORA	MARLENE MARIA DE A	/ /	700201407427221

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLENE MARIA DE ARAUJO CAMARA 29/08/1951	( ) -	MARLENE MARIA DE ARAUJO CAMARA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05500809709	ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE BERCOT FERNANDES	31184	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

Dr. Alexandre Bercot Fernandes
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 31184

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/10/20	15/10/20	15/10/20	15/10/20